

DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Art. L. 1111-6 du code de la santé publique



**Formulaire à remplir par vos soins et à remettre
à un membre du personnel soignant ou aux admissions.**

Je, soussigné

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Sexe :

Adresse :

Date de naissance :

Désigne M., Mme, (nom de naissance, nom usuel, date de naissance, prénom, adresse, tél., e-mail)

Votre lien avec la personne de confiance (parent, proche, médecin traitant)

POUR M'ASSISTER EN CAS DE BESOIN EN QUALITÉ DE PERSONNE DE CONFIANCE

pour la durée de mon hospitalisation à l'hôpital

pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

J'AI BIEN NOTÉ QUE M., MME

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans mes démarches à l'hôpital et assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions ;
- pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière pour le cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire à cet effet. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable ;
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et dont j'aurais fait part au médecin.

J'ai été informé sur la personne de confiance, mais ne souhaite pas en désigner.

**Je peux modifier ou mettre fin
à cette désignation à tout moment.**

Fait à
le

Signature de la personne désignée

Signature

Pièce à joindre si vous êtes sous tutelle : autorisation du juge ou du conseil de famille.

Un double de ce document est conservé par le patient.